

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
TÜNDE VÁRADI

LES ACTIVITÉS, LE SOUTIEN SOCIAL ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES
PERSONNES ÂGÉES

MAI 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité des cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
PAGE TITRE DE L'ARTICLE	1
SOMMAIRE.....	2
ABSTRACT.....	2
CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
MÉTHODE.....	6
Participants.....	6
Instruments de mesure.....	6
RÉSULTATS.....	8
DISCUSSION.....	10
CONCLUSION.....	16
RÉFÉRENCES.....	17
NOTE DE L'AUTEUR.....	21
NOTES DE BAS DE PAGE.....	22
TABLAU 1.....	23
TABLAU 2.....	24

REMERCIEMENTS

L'auteure souhaite sincèrement remercier sa directrice de mémoire, madame Micheline Dubé, pour son soutien, ses encouragements, ses précieux conseils, ainsi que pour l'ensemble de son enseignement qui ont amené l'auteure à évoluer tant sur le plan de sa formation académique que sur le plan personnel. L'auteure désire également remercier les membres du Groupe de recherche sur l'actualisation du potentiel des personnes âgées (GRAPPA), qui lui ont permis de réaliser le présent projet dans le cadre de l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement (ELQEV). L'auteure aimerait aussi remercier madame Sylvie Gingras, madame Marie - Sylvie Bertin, monsieur Béla Váradi et monsieur Jean-Jacques Demers pour leurs précieuses aides sans lesquelles ces travaux n'auraient pu être réalisés.

Titre abrégé : DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

**LES ACTIVITÉS, LE SOUTIEN SOCIAL ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES**

Tünde VÁRADI

Micheline DUBÉ

Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Cette étude vise à identifier les activités et les éléments du soutien social qui prédisent le mieux les diverses composantes de la détresse psychologique chez les personnes âgées. Des régressions pas à pas effectuées sur les données transversales de la vague 2001 de l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement (ELQUEV) (N = 547) ont été réalisées. Les résultats indiquent que seulement certains aspects du soutien social et des activités prédisent les diverses composantes de la détresse psychologique, mais de façon peu significative et leurs effets s'annulent pour la détresse globale. Le meilleur facteur pour prévoir la détresse psychologique actuelle et ses composantes est la détresse antérieure.

Mots clés : détresse psychologique, activités, soutien social, personnes âgées

ABSTRACT

This study attempts to identify which activities and elements of the social support, are the best predictors of the psychological distress of the elderly people. Stepwise regressions was realized with the cross-selection data from the 2001 cohort of the Quebec Longitudinal Study on Aging (QUELSA) (N = 547). Results indicate that only some aspects of social support and activities can predict the multiples components of the psychological distress but have low significance and their effects nullify each other for the global score of distress. The best predictor of the actual psychological distress and its components is the previous distress.

Key words: psychological distress, social support, activities, elderly

LES ACTIVITÉS, LE SOUTIEN SOCIAL ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'avancé en âge est souvent associée à l'augmentation de la détresse psychologique, cette dernière incluant des symptômes de dépression mineure, d'anxiété, des troubles de somatisation, d'irritabilité et des problèmes cognitifs auto-perçus (Lesser et Swartz, 1999). Ni les origines de ces désordres, ni les traitements «qui agissent sur la cause et non sur les symptômes» ne sont encore tout à fait clarifiés. Néanmoins, la tendance actuelle veut que plusieurs facteurs jouent un rôle autant dans le déclenchement de ces syndromes que dans leur traitement et leur prévention (American Psychiatric Association, 1996; Lesser et Swartz, 1999). Afin de mieux ajuster les interventions et pour mieux cibler les recherches futures, il serait intéressant de mieux connaître les liens que les éléments du réseau de soutien et les activités entretiennent avec la détresse psychologique ainsi qu'avec ses symptômes.

Parmi les éléments définissant le soutien social, l'état civil, la présence d'un confident ainsi que le soutien social perçu sont réputés avoir des relations avec certaines composantes de la détresse psychologique chez les personnes âgées. Selon certaines études, être marié (Chi et Chou, 2001) ou avoir un plus grand nombre de confidents (Bowling et Browne, 1991) prédirait moins de dépression tandis que être célibataire prédirait plus d'affects négatifs (Silverstein, Chen et Heller, 1996). Toutefois, selon d'autres travaux, l'état civil ne prédirait pas la dépression (Rietschlin, 1998) ou l'anxiété (Forsell et Windblad, 1998). Des études ont démontré les relations bénéfiques entre la détresse psychologique, la dépression et une perception positive du réseau de soutien (entre autres, Chi et Chou, 2001; Rietschlin, 1998). Également, selon Forsell et Windblad (1998), l'insatisfaction avec le réseau de soutien prédirait plus d'anxiété.

Des liens significatifs sont souvent postulés entre les activités et certaines composantes de la détresse psychologique chez les personnes âgées. Selon les analyses transversales d'une étude longitudinale australienne (Henderson et al., 1997), l'inactivité dans toutes les sphères des activités humaines prédirait plus de dépression. Par ailleurs, certaines activités spécifiques sont étudiées plus souvent que les autres. En ce qui concerne les activités physiques, la réduction de ces activités prédirait plus de dépression, selon les analyses transversales de Lampinen, Heikkinen et Ruoppila (2000) et

Weyerer (1992). Les effets de l'entraînement physique sur les facteurs de détresse sont plus souvent examinés. Il semble se dégager un consensus en ce qui a trait aux effets bénéfiques de l'entraînement physique sur la dépression (Dunn, Trivedi et O'Neal, 2001; Singh, Clements et Singh, 2001; Watanabe, Okada, Takeshima et Inomata, 2001). Les résultats ne sont pas constants, d'une étude à l'autre, dans le cas des autres composantes de la détresse psychologique (Blumenthal et al., 1991; Brown, 1992; Dunn et al., 2001; Singh et al., 2001; Yeung et Hemsley, 1996).

Des contradictions ressortent en ce qui concerne les relations entre les activités religieuses et la composante de la détresse psychologique la plus étudiée, la dépression. Tandis que plusieurs études récentes indiquent que certaines activités religieuses prédisent moins de problèmes de santé mentale ou moins de dépression dans la population générale (Koenig et al., 1997), dans un groupe de personnes souffrant du cancer (Koenig et al., 1995) ou encore chez les femmes (Bienenfeld, Koenig, Larson et Sherrill, 1997; Hintikka, Koskela, Kontula et Vinamäki, 2000), d'autres études n'ont pas pu démontrer de tels liens (Idler et Kasl, 1992; Mookherjee, 1998). Batson, Schoenrade et Ventis (1993) concluent, après une révision de 152 études, que les résultats sont contradictoires en ce qui concerne les liens entre la religiosité et la dépression. Par contre, selon cette même synthèse, il existerait un lien bénéfique entre la religiosité intrinsèque¹ et l'anxiété (anxiété de trait et anxiété de mort). Finalement, selon Koenig et al. (1995), les symptômes somatiques de la dépression ne seraient pas liés aux activités religieuses contrairement aux symptômes cognitifs.

D'autres catégories d'activités ont aussi été étudiées en relation avec la détresse et la dépression. Ainsi, le bénévolat, le travail, le nombre de rôles, les activités récréatives, les activités intellectuelles et les contacts sociaux étaient souvent associés à moins de dépression (Adelmann, 1994; Herzog, Markus, Franks et Holmberg, 1998; Hintikka et al., 2000; Lennartsson, 1999; Rietschlin, 1998; Wheeler, Gorey et Greenblatt, 1998). Néanmoins, une autre catégorie d'activités, le soutien prodigué, ne prédirait pas la dépression selon Chi et Chou (2001) et Silverstein et al. (1996).

Ce bref survol permet de soulever quelques remarques. Les relations entre les activités, le soutien social et la dépression ou la détresse psychologique ont reçu beaucoup d'attention dans le passé, toutefois pour les autres composantes de la détresse (anxiété, irritabilité, troubles cognitifs auto-perçus, somatisation), les données sont rares sinon inexistantes. Une autre observation peut aussi être relevée.

Ces études ne donnent pas suffisamment d'informations au regard de la contribution concomitante du soutien social et des activités à la détresse psychologique. En effet, peu d'études ont vérifié quelles sont les relations entre toutes les catégories d'activités possibles, le soutien social et la détresse psychologique. Seuls Henderson et al. (1997) ont inclus toutes les activités dans leur étude, mais les ont considérées de façon globale sans les répartir en catégories. En ce qui concerne les études ayant exploré deux de ces variables ou plus à la fois, les analyses rapportées permettent de signaler quelques autres observations. Ainsi, les variables suivantes prédisent de manière indépendante la détresse psychologique ou les facteurs fortement liés à la détresse tel que la satisfaction de vie ou les affects. Ces variables sont les activités religieuses et les activités sociales (Mookherjee, 1994), les activités religieuses et le soutien social (Bienenfeld et al., 1997; Fry, 2001; Hintikka et al., 2000; Koenig et al., 1997; Koenig, George et Peterson, 1998), les activités autres que religieuses et physiques et le soutien social (Aquino, Russell, Cutrona et Altmaier, 1996; Henderson et al., 1997; Hintikka et al., 2000; Rietschlin, 1998; Silverstein et al., 1996), l'activité physique et le soutien social (Singh et al., 2001). Ces résultats indiquent que le soutien social et plusieurs types d'activités sont indépendants les uns des autres pour prédire la détresse psychologique, de même que les activités religieuses et les activités sociales.

En résumé, chez les personnes âgées, d'une part, certains symptômes de détresse psychologique, comme l'anxiété, l'irritabilité, la somatisation et les troubles cognitifs auto-perçus, ont reçu peu d'attention dans le passé, d'autre part, aucune étude n'a vérifié si différents éléments du soutien social et tous les types d'activités considérées séparément contribuaient, chacun de manière indépendante, à la détresse psychologique. L'objectif de ce travail est donc de tenter d'élucider ces points. Il s'agira ici de vérifier si, chez les personnes âgées, les différentes catégories d'activités et le soutien social prédisent de manière indépendante les uns des autres, la détresse psychologique actuelle et chacune de ses composantes. Trois variables liées au soutien social (soutien perçu, situation matrimoniale, présence de confident) et la fréquence et la diversité des activités affectives, intellectuelles, sociales, spirituelles et physiques (classification de Dubé, Leclerc, Lefrançois, Hébert et Gaulin, 2000), sont définies comme variables indépendantes. Les variables dépendantes sont la détresse psychologique actuelle ainsi que ses composantes : les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité, de somatisation et de troubles cognitifs auto-perçus. Finalement, dans les études antérieures, certaines

variables socio-économiques (sexe, âge, revenu, scolarité) (voir entre autres, Chi et Chou, 2001; Pinquart et Sörensen, 2000; Henderson et al., 1997), de santé physique (autonomie fonctionnelle, somme des maladies, niveau d'incapacité physique, aptitude cognitive) (voir entre autres, Chi et Chou, 2001; Lampinen et al., 2000; ; Forsell et al., 1998; Henderson et al., 1997) et de santé mentale (troubles de santé mentale antérieure, dépression antérieure) (Lampinen et al., 2000; Forsell et al., 1998; Henderson et al., 1997) présentaient des relations significatives avec la détresse ou la dépression. Ces variables seront donc prise en compte dans les analyses.

Méthode

Les participants

Il s'agit ici d'une analyse secondaire des données transversales de la troisième vague (2001), incluant aussi une donnée de la première vague (1997), de l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement (ELQEV) du GRAPPA¹ (Lefrançois, Leclerc, Dubé, Hébert et Gaulin, 1998). L'échantillon ($N = 547$) comprend 70 % de l'échantillon original de 1997 (Lefrançois, 2002). Les données ont été obtenues lors d'entrevues structurées au domicile des participants dans les municipalités de Sherbrooke (55 %) et Trois-Rivières (45 %) de la province de Québec. L'attrition provient majoritairement de décès, de problèmes de santé, de refus de participer et/ou de pertes cognitives. Les religieux(les) ($N = 32$) et les veufs(les) ($N = 166$) sont légèrement sur-représentés en 2001. Les participants sont regroupés selon trois catégories d'âge, 64 à 70 ans ($N = 222$), 74 à 80 ans ($N = 188$) et 84 à 90 ans ($N = 137$).

Les instruments de mesures

La variable dépendante, *la détresse psychologique actuelle* est examinée à l'aide de L'Indice de détresse psychologique de l'Enquête de santé Québec (1995), adaptation française (Boyer, Prévile, Legaré et Valois, 1993) du Psychiatric Symptoms Index développé par Ilfeld (1976). L'échelle est composée de 29 énoncés se rapportant à la fréquence des symptômes éprouvés dans la dernière semaine. Les réponses varient de 1 (absence de symptômes) à 4 (symptômes très importants). Les cinq composantes de la détresse psychologique sont : anxiété, dépression, irritabilité, somatisation et troubles cognitifs auto-perçus.

Dans le cas des variables indépendantes, le soutien social est évalué selon trois composantes : la *situation maritale* indique la présence ou l'absence d'un conjoint; une seule question dichotomique (Y a-t-il un parent ou un ami que vous considériez comme confident ?) estime la présence (valeur 1) ou l'absence (valeur 2) d'un *confident*. La dernière composante, le *soutien perçu* est mesuré par la version française (Canon, 1996) de l'Échelle de soutien social (EPS) (Social Provision Scale) de Cutrona et Russel (1989). C'est une échelle de type Likert en quatre niveaux composée de 24 items regroupés en six dimensions : l'attachement, l'aide tangible et matérielle, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur et le besoin de se sentir utile et nécessaire. Les scores plus élevés indiquent une perception plus positive du réseau de soutien. La diversité des *activités* (le nombre des activités) ainsi que leur fréquence dans le dernier mois sont répertoriées à l'aide de la Mesure de l'actualisation spécifique (MAS) (Dubé et al., 2000). Cet instrument classe les activités des personnes âgées dans cinq catégories : physiques, sociales, intellectuelles, spirituelles et affectives. Il a été développé à partir d'une synthèse des études sur les activités des personnes âgées. La justesse des classifications a été évaluée par un panel d'experts. Les activités intellectuelles sont les activités qui exigent le déploiement d'une performance intellectuelle. «-Les activités spirituelles sont les activités qui mettent la personne en contact avec un être suprême ou une réalité qui la dépasse, qui donne un sens global à son existence-» (Dubé et al., 2000). Les activités qui permettent d'avoir des contacts avec les autres sont catégorisées comme des activités sociales. Les activités qui demandent une dépense énergétique corporelle sont les activités physiques. Finalement, les activités qui permettent de manifester de l'affection, de l'attention ou de la préoccupation pour les autres sont des activités affectives.

Les autres prédictors potentiels de la détresse psychologique actuelle sont le profil socio-économique, la santé physique et la détresse psychologique antérieure. Le *profil socio-démographique* est évalué à l'aide de questions provenant de l'enquête L'état de santé des Canadiens (Statistique Canada, 1991-1992). Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988) mesure *l'autonomie de la personne* dans les domaines suivants : activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques. Les scores variant de 0 à 4 indiquent une bonne autonomie, et le score maximum (87) signifie la dépendance totale. Une question dichotomique permet de clarifier si *les activités sont limitées par une incapacité physique* (limitée = 1, non

limitée = 2). La somme des empêchements pour maladie est mesurée à l'aide d'une liste répertoriant 33 maladies, (aucun = 0 ; énormément = 3). Lorsque la maladie est présente, le niveau d'empêchement perçu est évalué de aucun (0) à énormément (3). Les fonctions cognitives sont évaluées avec la version française de l'Échelle du statut mental modifié (3MS) de Teng et Chui (Hébert, Bravo et Girouard, 1992). Un score élevé indique une bonne performance cognitive. Le critère d'inclusion dans l'échantillon est l'obtention de 65 points ou plus. La détresse psychologique antérieure est estimée par la même échelle que la détresse psychologique actuelle décrite ci haut. Les mesures étaient prises lors de la première vague de l'étude en 1997

Tous les instruments utilisés sont reconnus comme valides et fidèles.

Résultats

L'âge des participants varie de 64 à 90 ans ($M = 74,99$; $ÉT = 8,05$). Légèrement plus de femmes que d'hommes composent l'échantillon (298 femmes versus 249 hommes). Le revenu annuel de 14 % des participants est inconnu, 3 % rapportent entre 0 et 6 000\$, 12 % entre 6 000 et 12 000 \$, 26 % entre 12 000 et 20 000 \$ et 40 % plus que 20 000 \$. C'est un échantillon assez scolarisé pour le groupe d'âges qu'il représente. Seulement deux personnes ont un an de scolarité et 83 % ($N = 452$) de l'échantillon ont une scolarité de plus de 6 ans. Quatre-vingt-douze pour cent de l'échantillon n'ont pas de trouble de fonctions cognitives (égal ou plus que 80 sur l'échelle 3MS). La majorité des participants (70 %, $N = 394$) sont autonomes (la valeur de SMAF est située entre 0 et 4). Quatre-vingt pour-cent ($N = 435$) de l'échantillon ne déclarent aucune limitation des activités par une incapacité. Les scores de la somme des empêchements pour maladie varient de 0 à 24 ($M = 4,19$, $ÉT = 3,89$). La détresse antérieure est très faible ($M = 1,40$, $ÉT = 0,32$; *étendue* = 1 à 2,90).

En ce qui concerne les variables indépendantes, 280 (51 %) personnes vivent avec un conjoint(e), la grande majorité (81 %) des répondants déclare avoir un confident, les gens perçoivent plutôt positivement leur réseau de soutien. La moyenne des scores totaux de l'Échelle de soutien social est 3,1 ($ÉT = 0,30$) et celles des sous-échelles varient de 2,91 à 3,26. Les moyennes et les écart-types de la diversité et de la fréquence des activités sont présentés au Tableau 1. Les activités pratiquées le plus

souvent et les activités qui ont la plus grande diversité sont les activités spirituelles, affectives et intellectuelles. Les activités sociales et les activités physiques sont les moins pratiquées.

En regard des variables dépendantes, la détresse psychologique et ses composantes, on observe un échantillon en bonne santé mentale sans présence de véritable détresse. Les moyennes sont les suivantes : score total 1,40 ($\text{ÉT} = 0,27$), anxiété 1,33 ($\text{ÉT} = 0,35$), dépression 1,28 ($\text{ÉT} = 0,35$), irritabilité 1,30 ($\text{ÉT} = 0,30$), troubles cognitifs auto-perçus 1,54 ($\text{ÉT} = 0,44$) et somatisation 1,47 ($\text{ÉT} = 0,36$).

Une transformation logarithmique des valeurs de toutes les variables dépendantes est réalisée afin de normaliser la distribution. Auparavant, pour chacune des variables dépendantes, les valeurs extrêmes sont retirées des analyses². Ensuite, des corrélations de Pearson pour les données en intervalles et de Spearman pour les données nominales sont calculées entre chacune des variables. Les variables exclues de l'analyse sont celles qui n'avaient pas de corrélation significative avec aucune des composantes de détresse (présence d'un confident, revenu, diversité des activités spirituelles) et celles qui avaient des colinéarités importantes³ entre elles (SMAF, score total de EPS, la somme de la diversité de toutes les activités et la fréquence des activités). Les variables retenues sont donc l'âge, le sexe, la scolarité, la détresse antérieure, les fonctions cognitives, les activités limitées par une incapacité physique, la somme des empêchements pour maladie, la situation matrimoniale, toutes les sous-échelles de l'Échelle de soutien social et la diversité des activités physiques, sociales, affectives, intellectuelles. Finalement, des régressions pas à pas (Stepwise) sont réalisées pour chacune des variables dépendantes à l'aide du logiciel SPSS. Donc, seules les variables qui se sont avérées significatives pour prédire la détresse globale et chacune de ses composantes apparaissent dans le Tableau 2..

En regard de la détresse psychologique actuelle, le modèle explique 40 % de la variance totale. Trois variables socio-démographiques ou de santé se sont avérées des prédicteurs significatifs de la détresse actuelle, comme le révèlent les bêtas. La détresse antérieure, la somme élevée des empêchements pour maladie prédisent plus de détresse psychologique, et la non-limitation des activités par incapacité en prédit moins. Parmi les variables indépendantes, seule une perception plus positive de ses liens d'attachement prédit moins de détresse. Pour la composante anxiété de la détresse psychologique, le modèle explique 18 % de la variabilité totale. La détresse antérieure et la somme élevée des empêchements pour maladie prédisent plus d'anxiété. Parmi les variables indépendantes, la

pratique d'une plus grande diversité d'activités intellectuelles et la présence d'un conjoint prédisent plus d'anxiété, tandis qu'une perception plus positive de sa valeur au sein de son réseau de soutien en prédit moins. En ce qui concerne la composante dépression, le modèle explique 24 % de la variance totale. Parmi les variables socio-démographiques et de santé physique et mentale, la détresse antérieure, la somme élevée des empêchements pour maladie et être du sexe féminin prédisent plus de dépression. Deux variables indépendantes, une perception plus positive de ses liens d'attachement et la pratique d'une plus grande variété d'activités affectives prédisent moins de dépression. Pour le composant irritabilité, le modèle explique 17 % de variance totale. La détresse antérieure, l'âge plus avancé et plus d'années de scolarité prédisent plus d'irritabilité. Quant aux variables indépendantes, la présence d'un conjoint, la pratique d'une plus grande variété d'activités physiques ou intellectuelles prédisent plus d'irritabilité, tandis qu'une perception plus positive de ses liens d'attachement en prédit moins. Dans le cas de la composante troubles cognitifs auto-perçus, tandis qu'aucune variable indépendante ne s'est avérée être un prédicteur significatif, deux autres variables expliquent 13 % de la variance totale. La détresse antérieure prédit plus de troubles cognitifs auto-perçus, et la non-limitation des activités par incapacité en prédit moins. Enfin pour la dernière composante, la somatisation, le modèle explique 40 % de la variance totale. Parmi les variables socio-démographiques et de santé, la somme élevée des empêchements pour maladie, la détresse antérieure, l'âge plus avancé et être du sexe féminin prédisent plus de somatisation, tandis que la non-limitation des activités par incapacité en prédit moins. La seule variable indépendante significative, une plus grande diversité des activités intellectuelles, prédit moins de somatisation.

Discussion

La détresse psychologique et ses composantes sont mieux expliquées par la détresse psychologique antérieure et, dans certains cas, par la perception subjective des empêchements pour maladie. Une autre remarque importante est que, tandis que les variances expliquées par les modèles de régression pour la détresse actuelle et la composante somatisation sont élevées (40 % pour chacune) les autres modèles expliquent moins de variance (anxiété 18 %, dépression 24 %, irritabilité 17 % et troubles cognitifs 13 %). Cette différence est surtout imputable au fait que la détresse antérieure est un prédicteur

très important pour la détresse psychologique (31 %) et la somme des empêchements pour maladie est un prédicteur important pour la composante somatisation (24 %). Les variables socio-économiques, les autres variables de la santé et les variables indépendantes n'ajoutent que très peu à la variance totale. La variance expliquée par l'ensemble de variables indépendantes est 1 % pour la détresse actuelle, 3 % pour la composante anxiété, 4 % pour la composante dépression, 6 % pour la composante irritabilité et 10 % pour la composante somatisation. (Il est intéressant de remarquer que l'irritabilité, qui est un facteur peu étudié, est le plus affecté par le soutien social et la diversité des activités).

La constatation que la présence d'un conjoint prédit plus de symptômes d'irritabilité et d'anxiété va à l'encontre des attentes suscitées par les études antérieures. Ces dernières, en effet, n'ont pas toujours confirmé que la situation matrimoniale serait un prédicteur significatif de la détresse psychologique, de la dépression et de l'anxiété, mais lorsque c'était le cas, la présence d'un conjoint prédisait moins de dépression (Chi et Chou, 2001) ou son absence prédisait plus d'affects négatifs (Silverstein et al, 1996). Toutefois, à l'exception de la dépression, les autres composantes de la détresse ont reçu peu d'attention dans le passé, ce qui permet de supposer que ces contradictions n'en seraient pas vraiment. Il est également possible que ces points puissent être élucidés, en partie du moins, en considérant deux autres études réalisées auprès des populations spéciales. En effet, selon Lindquist (2000), chez les adultes quittant la prison et selon Kraaimaat, Van Dam Baggen et Bijlsma (1995), chez les personnes âgées souffrantes d'arthrite rhumatoïde, la présence d'un conjoint augmenterait les symptômes d'anxiété ou/et d'irritabilité. Ces auteurs attribuent ce phénomène, dans le premier cas, à la stigmatisation sociale et, dans le deuxième cas, aux effets débilissants de la douleur. Le point commun entre ces deux données est donc une situation de vie difficile qui, associée à la présence d'un conjoint, seraient liés à plus d'anxiété et/ou d'irritabilité. Malgré que la causalité des liens ne puisse être évoquée dans aucune de ces études, y compris dans le présent travail, néanmoins, ces observations suscitent quelques questions. Cette convergence des résultats pourrait-elle être seulement le fruit du hasard? Est-il possible que, chez les personnes âgées, la présence d'un conjoint prédise de manière générale plus d'irritabilité et d'anxiété, ce qui pourrait être attribuable au fait de vivre des conditions difficiles comme c'est le cas pour les deux populations des études citées.

Les résultats des études antérieures sont confirmés en ce qui trait aux relations entre le soutien social et certaines composantes de la détresse psychologique. Le fait que chacune des sous-échelles de l'Échelle de soutien social soit incluse dans les analyses **permet de nuancer** les résultats antérieurs selon lesquels le soutien perçu prédit moins de dépression (Rietschlin, 1998) et moins d'anxiété (Forsell et Windblad, 1998). Ce serait une perception plus positive de ses liens d'attachement (sous-échelle attachement) qui prédirait moins de symptômes de dépression et d'irritabilité. De même, la reconnaissance de ses compétences et de ses talents par son entourage (sous-échelle valeur) prédirait moins d'anxiété. Ainsi, selon ces présentes données, la détresse psychologique actuelle, les symptômes d'irritabilité et de dépression sont plus associés aux liens intimes et affectifs qu'aux autres dimensions du soutien perçu. Dans le cas de la composante dépression, ceci est en accord avec les résultats des études qui ont trouvé que la satisfaction avec le réseau de soutien ou le soutien expressif prédisent négativement la dépression tandis que le soutien instrumental n'a pas cet effet (Chi et Chou, 2001; Rietschlin, 1998). Pour l'irritabilité, aucune étude antérieure n'a décrit ce phénomène. Étant donné que la direction de la causalité ne peut pas être définie par cette étude, il est également possible que les liens intimes et affectifs aient des effets bénéfiques sur cette composante de la détresse ou que les gens qui ont un tempérament moins irritable aient des liens intimes plus satisfaisants ou, du moins, qu'ils perçoivent ces liens plus positivement. La perception des liens attachement apparaît aussi être une variable prédictrice significative pour la détresse psychologique actuelle. Ceci semble toutefois attribuable à son influence sur les composantes dépression et irritabilité. Le fait que la reconnaissance de ses compétences et de ses talents par son entourage (sous-échelle valeur) prédise moins d'anxiété semble indiquer une relation entre cette composante de la détresse et l'estime de soi, ce qui mériterait de plus amples investigations.

En regard des activités, les études antérieures ont démontré que le bénévolat a un effet bénéfique et indépendant du soutien perçu sur la dépression (Rietschlin, 1998). Les résultats de la présente étude indiquent que, non seulement le bénévolat, mais une plus grande diversité dans les activités qui impliquent un investissement affectif sont efficaces pour prédire moins de dépression. En outre, ces résultats démontrent que l'effet de la diversité des activités affectives est indépendant des liens intimes et affectifs puisque la perception de ses liens d'attachement est aussi un prédicteur indépendant des symptômes dépressifs.

En contrepartie, une plus grande diversité d'activités physiques prédit plus d'irritabilité et une plus grande diversité d'activités intellectuelles prédit plus d'irritabilité, d'anxiété et moins de somatisation. Aucune étude antérieure n'a décrit ces phénomènes qui nécessiteraient plus d'explorations. Cette étude ne permet pas d'établir de liens de causalité. Il est donc également possible que le fait de participer à une grande diversité de ces activités soit trop stressant, trop exigeant pour les personnes âgées ou que les gens plus anxieux, plus irritables choisiraient de faire plus d'activités intellectuelles et physiques. Plusieurs explications peuvent être aussi envisagées pour les symptômes de somatisation. Il est possible que les gens qui expriment moins leur détresse par des symptômes de somatisation font plus d'activités intellectuelles. On peut également concevoir que la diversité de ces activités contribue à la diminution des symptômes de somatisation, par exemple, par la distraction ou la focalisation de l'attention sur une tâche exigeante. En effet, ce sont les méthodes connues pour combattre la douleur (entre autres, Johnson et Petrie, 1997; Rode, Salkovskis et Jack, 2001). Finalement, il est également possible que les liens entre les activités intellectuelles et les facteurs anxiété, irritabilité et somatisation soient plus complexes.

Certains résultats vont à l'encontre des attentes suscitées par les études antérieures. La perception de l'aide et des conseils reçus, de l'intégration et de l'utilité au sein de son réseau de soutien ainsi que la diversité des activités sociales dans la configuration présente des différents prédicteurs potentiels, ne sont pas des prédicteurs indépendants pour aucune de composantes de la détresse. Ils concourent à l'ensemble de la variabilité de la détresse, mais ne l'expliquent pas de façon indépendante. Les variables confident et diversité des activités spirituelles n'étaient pas corrélées significativement avec les facteurs de détresse. Dans le passé, les effets bénéfiques de la présence d'un confident sur la détresse ont été décrits (Bowling et Browne, 1991). Il est possible que dans le présent travail, on ne constate pas un tel lien puisque seule la présence ou l'absence de confident était vérifiée et non le nombre de confidents dans le réseau (Bowling et Browne, 1991). En ce qui concerne la diversité des activités spirituelles, la majorité des études antérieures ont trouvé des relations significatives et bénéfiques entre ces activités et la détresse ou dépression ou, moins souvent, avec l'anxiété (entre autres Batson et al., 1993; Bienenfeld et al., 1997; Hintikka et al., 2000). Dans ces recherches, on considérait la religiosité par la mesure de la fréquence ou la pratique de quelques activités bien définies (fréquentation de l'église, prier, etc.) ou par un score combiné des fréquences de ces activités et du niveau

d'investissement psychologique et non par un éventail de pratiques spirituelles et religieuses comme c'est le cas ici. Selon Koenig et al. (1997), les différents types d'activités religieuses ont des relations différentes avec la dépression. De même, les corrélations entre la pratique ou la fréquence de différents types d'activités religieuses et les facteurs de détresse obtiennent des directions positives et négatives dans le présent échantillon. Par exemple, les corrélations entre la détresse actuelle et la pratique de quelques activités spécifiques sont les suivantes: regarder des émissions religieuses : .11, ($p < .01$), offrir ses souffrances : .17 ($p < 0,000$), visiter les gens malades : -.10 ($p < 0,05$). Ainsi, dans le domaine des activités religieuses, une activité spécifique est une meilleure mesure que la diversité des activités pour examiner les relations avec la détresse psychologique. Et il faudrait sans doute étudier quelles activités sont les plus susceptibles d'influencer positivement ou négativement cette détresse.

Quelques observations supplémentaires s'imposent. Chacune des composantes de la détresse psychologique est prédite par une configuration différente de variables et parfois la direction des liens peut s'inverser (diversité des activités intellectuelles). Ces données indiquent donc que les composantes de la détresse psychologique entretiennent des liens différents voire contradictoires avec les indices de soutien social et les activités. L'hétérogénéité de ces liens masquerait l'effet prédictif de la plupart de variables indépendantes considérées ici sur la mesure de la détresse psychologique actuelle. Les investigations futures pourraient mieux préciser la manière dont ces variables influencent les diverses composantes de la détresse. Toutefois, ces résultats permettent de faire quelques propositions préliminaires. La dépression serait plus associée aux liens intimes et affectifs tandis que l'anxiété et l'irritabilité fluctueraient selon le stress ressenti. La somatisation semble être aussi en relation avec des phénomènes psychologiques différents lesquels pourraient impliquer des processus d'attention. Finalement, l'exemple des activités spirituelles mentionné ci-haut démontre qu'en relation avec la détresse psychologique, la diversité des activités d'une même catégorie ne reflète pas nécessairement la contribution de la pratique de chacune des activités spécifiques qui la compose. La diversité des activités mesure plutôt l'effet d'accumulation de plusieurs occupations.

Des précautions lors de l'interprétation de ces résultats sont nécessaires. Il s'agit ici d'une étude transversale dont le but est de vérifier si des activités spécifiques et certains éléments du soutien social peuvent être des variables prédictives pour la détresse psychologique et ses composantes, afin de tenter

de combler certaines lacunes des études antérieures. Ces dernières ne considéraient pas simultanément toutes les catégories d'activités et le soutien social dans la même analyse. De plus, peu d'études s'intéressaient aux composantes de la détresse psychologique, entre autres, à l'irritabilité, la somatisation, les troubles cognitifs auto-perçus et même à l'anxiété. Cependant, les liens significatifs démontrés ne permettent pas de formuler des hypothèses concernant des liens de causalité. Le soutien social et la diversité des activités peuvent autant contribuer à l'émergence qu'être des conséquences de la détresse et vice-versa. Les résultats ne sont pas généralisables à toute la population âgée du Québec. D'abord, cet échantillon représente bien la population des régions étudiées, mais ne représente pas suffisamment la réalité ethno-culturelle de la province de Québec surtout en ce qui concerne la région de Montréal. En outre, ces données ne reflètent peut-être pas le soutien social ou la diversité des activités de groupes spécifiques, par exemple, les hommes ou les femmes veufs(ves) ou un groupe d'âges donné ou les gens souffrant de véritable détresse psychologique, etc. D'autres études pourraient explorer des populations précises.

Pour l'intervenant en gérontologie, ces résultats signalent l'importance d'être attentif à la détresse antérieure et à la perception subjective des empêchements dus aux maladies pour détecter la détresse psychologique présente. Le fait que certains facteurs du soutien social et la diversité de certaines catégories d'activités soient des prédicteurs indépendants n'a pas vraiment une utilité dans la pratique parce que leur contribution à la détresse est minimale. Néanmoins, savoir que la présence d'un conjoint, la diversité des activités intellectuelles et physiques risquent de prédire plus certains aspects de la détresse tandis que la diversité des activités affectives et la perception de l'attachement et de sa valeur ainsi que, dans le cas de la somatisation, la diversité des activités intellectuelles en prédit moins, peut faire partie des outils de dépistage et d'intervention, si ce savoir est employé avec beaucoup de précaution. Pour les recherches futures, ces observations aideront à préciser les variables de détresse, de soutien social et d'activités qui pourraient faire l'objet d'une attention particulière. En outre, des investigations seraient nécessaires pour préciser les causes des liens «néfastes» observés, les rôles des facteurs moins étudiés, les rôles des activités spécifiques d'une même catégorie par rapport à la diversité des activités.

Conclusion

C'est la première étude qui a tenté d'identifier comment des indices du soutien social et des activités prédiraient, de façon indépendante, la détresse psychologique et ses composantes (anxiété, dépression, irritabilité, troubles cognitifs auto-perçus, somatisation). Dans ce genre de paradigme, c'est la première fois qu'une recension exhaustive de toutes les activités des personnes âgées était adoptée. Selon ces résultats, bien que le soutien social et les activités soient souvent des prédicteurs significatifs de la détresse psychologique ainsi que de ses composantes, ces dernières sont mieux prédites par la détresse antérieure ou, dans le cas de la somatisation, par la perception subjective des empêchements pour maladie. En outre, ces résultats permettent de constater que chez les personnes âgées, le soutien social et la participation aux activités pourraient influencer de façon très différente et même avoir des effets paradoxaux sur les différentes composantes de la détresse psychologique. Il faut donc poursuivre les travaux sur ces facteurs. Certaines études pourraient examiner davantage les effets différentiels d'activités spécifiques d'un même type d'activité sur l'anxiété, l'irritabilité, la dépression, la somatisation et les troubles cognitifs auto-perçus.

Références

- Adelmann, P. K. (1994). Multiple roles and psychological well-being in a national sample of older adults. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 49(6), S277-S285.
- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{ème} éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par P. Boyer et al. Paris : Masson.
- Aquino, J. A., Russell, D. W., Cutrona, C. E. et Altmaier, E. A. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 480-489.
- Batson, C. D., Schoenrade, P. et Ventis, W. L. (1993). Mental health or sickness. Dans C. D. Batson, P. Schoenrade et W. L. Ventis (Éds.), *Religion and the individual : A social-psychological perspective* (pp. 230-292). London : Oxford University Press.
- Bienenfeld, D., Koenig, H. G., Larson, D. B. et Sherrill, K. A. (1997). Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(1), 43-53.
- Blumenthal, J.A., Emery, C. F., Madden, D. J., Schniebolk, S., Walsh-Riddle, M., George, L. K., Mckee, D. C., Higginbotham, M. B., Cobb, F. R. et Coleman, R. E. (1991). Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and Women. *Journal of Gerontology*, 46(6), P356-361.
- Bowling, A. et Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 46(1), 520-532.
- Boyer, R., Prévile, M., Legaré, G. et Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(5), 339-343.
- Brown, D. R. (1992). Physical activity, ageing, and psychological well-being : An overview of th research. *Canadian Journal of Sports Sciences*, 17(3), 185-193.
- Canon, J. (1996). L'échelle de provision sociale: une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Chi, I. et Chou, K.-L. (2001). Social support and depression among elderly chineses people in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252.

- Dubé, M., Leclerc, G., Lefrançois, R., Hébert, R. et Gaulin, P. (2000). *Mesure de l'actualisation spécifique : concept et instrument*. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H. et O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine et Science in Sports et Exercise*, 33(6, Suppl) 586-S597.
- Forsell, Y. et Windblad, B. (1998). Feeling of anxiety and associated variables in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 454-458.
- Fry, P. S. (2001). The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss. *The Gerontologist*, 41(1), 69-81.
- Hébert, R., Bravo, G. et Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du Modified Mini-Mental State Examination (3MS). *Revue de gériatrie*, 17(8), 443-450.
- Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La revue de gériatrie*, 13(4), 161-167.
- Henderson, A. S., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Mackinnon, A. J., Jorm, A. F., Christensen, H. et Rodgers, B. (1997). The course of depression in the elderly : A longitudinal community based study in Australia. *Psychological Medicine*, 27, 119-129.
- Herzog, A. R., Markus, H. R., Franks, M. M. et Holmberg D. (1998). Activities and well-being in older age : Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.
- Hintikka, J., Koskela, K., Kontula, O. et Vinamäki, H. (2000). Gender differences in associations between religious attendance and mental health in Finland. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(11), 772-776.
- Idler, E. L. et Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1052-1079.
- Johnson, M. H. et Petrie, S. M. (1997). The effects of distraction on exercise and cold pressor tolerance for chronic low back pain sufferers. *Pain*, 69(1-2), 43-48.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H. S., Krishnan, K. R. R. et Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36(4), 369-375.

- Koenig, H. G., George, L. K. et Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536-542.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B. et Landerman, L. R. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support and depressive symptoms *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(2), 131-144.
- Kraaijmaat, F. W., Van Dam Baggen, C. M. J. et Bijlsma, J. W. J. (1995). Depression, anxiety and social support in rheumatoid arthritic women without and with a spouse. *Psychology and Health*, 10(5): 387-396.
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L. et Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults : An eight-year follow-up. *Preventive medicine*, 30, 371-380.
- Lefrançois, R. (2002). L'étude longitudinale québécoise sur le vieillissement : assises conceptuelles et méthodologiques. *Vie et vieillissement*, 1(1), 15-20.
- Lefrançois, R., Lecierc, G., Dubé, M., Hébert, J. et Gaulin, P. (1998). *Actualisation du potentiel et développement de la personne âgée : étude longitudinale multicohorte*. Sherbrooke : Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke.
- Lennartsson, C. (1999). Social ties and health among the very old in Sweden. *Research on Aging*, 21(5). 657-681.
- Lesser, I. M. et Swartz, J. R. (1999). Neuropsychiatry of later onset psychosis and depression. Dans F. Ovsiew (Éd.), *Neuropsychiatry and mental health services* (pp. 291-318). American Psychiatric Press Inc.
- Lindquist, C. H. (2000). Social integration and mental well-being among jail inmates. *Sociological Forum*, 15(3), 431-455.
- Mookherjee, H. N. (1994). Effects of religiosity and selected variables on the perception of well-being. *The Journal of Social Psychology*, 134(3), 403-405.
- Mookherjee, H. N. (1998). Perception of happiness among elderly persons in metropolitan USA. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 787-793.

- Pinquart, M. et Sörensen S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life : A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Rietschlin, J. (1998). Voluntary association membership and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 348-355.
- Rode, S., Salkovskis, P.M. et Jack, T. (2001). An experimental study of attention, labelling and memory in people suffering from chronic pain. *Pain*, 94(2), 193-203.
- Silverstein, M., Chen, X. et Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 970-982.
- Singh, N. A., Clements, K. M. et Singh, M. A. F. (2001). The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects : A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 56A(8), M497-M504.
- Statistique Canada. (1991-1992). Vieillissement et autonomie. Faits saillants. Ottawa, Canada : Division des enquêtes-ménages.
- Watanabe, E., Okada, A., Takeshima N. et Inomata, K. N. (2001). Effects of increasing expenditure of energy during exercise on psychological well-being in older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 288-289.
- Weyerer, S. (1992). Physical inactivity and depression in the community : Evidence from the upper bavarian field study. *International Journal of Sports Medicine*, 13, 492-496.
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M. et Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve : A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 47(1), 69-79.
- Yeung, R. R. et Hemsley, D. R. (1996). Effects of personality and acute exercise on mood states. *Personality and Individual Differences*, 20(5), 545-550.

Note de l'auteur

Les résultats de la présente recherche ont été présentés au Colloque «La recherche sur le vieillissement : accomplissement et enjeux de la prochaine décennie», colloque conjoint du Réseau québécois de recherche France Québec sur le vieillissement 1998-2001 et le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 7-9 mai 2003.

Notes de bas de pages

¹ La religion est la principale motivation de la vie et lui confère une signification et une direction. (C'est la définition de Allport selon Batson et al., 1993).

² Il s'agit du Groupe de recherche sur l'actualisation du potentiel des personnes âgées.

³ Les nombres de cas exclus sont les suivants : score global de détresse 4, anxiété 4, dépression 3, irritabilité 4, troubles cognitifs auto-perçus 2 et somatisation 2.

⁴ Le SMAF a été exclu car il présente une corrélation trop forte avec la limitation des activités par incapacité et avec la somme des empêchements pour maladie. Le score total de EPS a été exclu compte tenu de sa corrélation trop forte avec ses sous-échelles. Pour les activités, seule la diversité des activités est conservée car les corrélations avec la somme des activités et la fréquence des différentes activités sont trop élevées. Dans tous les cas, les variables présentant une meilleure relation avec la détresse ont été conservées.

Tableau 1 Cotes moyennes et écarts types de la diversité et de la fréquence des différentes catégories d'activités

Activité	Diversité		Fréquence	
	<i>Moyenne</i>	<i>ÉT</i>	<i>Moyenne</i>	<i>ÉT</i>
Activités sociales	6,61	2,34	48,2	32,15
Activités intellectuelles	8,17	3,19	143,11	53,87
Activités affectives	10,18	10,30	105,33	54,96
Activités spirituelles	11,33	4,56	177,39	101,05
Activités physiques	3,4	1,59	49,33	28,93
Somme des activités	39,7	10,72	Non disponible	Non disponible

Tableau 2 Prédicteurs indépendants de la détresse psychologique et des composantes anxiété, dépression, irritabilité, troubles cognitifs auto-perçus et somatisation

Détresse psychologique actuelle	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Détresse psychologique antérieure	0,47	13,15***	0,31	0,31***
Somme des empêchements pour maladie	0,20	4,78***	0,38	0,07***
Limitation des activités par incapacité	- 0,13	- 3,28**	0,39	0,01***
Attachement (EPS sous-échelle)	- 0,10	- 3,03**	0,40	0,01**
Composante anxiété	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Détresse psychologique antérieure	0,33	7,93***	0,14	0,14***
Diversité des activités intellectuelles	0,16	3,84***	0,15	0,01**
Somme des empêchements pour maladie	0,12	2,86**	0,17	0,01**
Valeur (EPS sous-échelle)	- 0,11	- 2,65**	0,17	0,01*
Situation maritale	- 0,08	- 2,01*	0,18	0,01*
Composante dépression	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Détresse psychologique antérieure	0,37	9,08***	0,19	0,19***
Attachement (EPS sous-échelle)	- 0,13	- 3,12**	0,22	0,03***
Somme des empêchements pour maladie	0,11	2,64**	0,23	0,02**
Diversité des activités affectives	- 0,09	- 2,21*	0,23	0,01*
Sexe	- 0,08	- 2,14*	0,24	0,01*
Composante irritabilité	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Détresse psychologique antérieure	0,35	8,67***	0,11	0,11***
Diversité des activités physiques	0,12	2,76**	0,12	0,02**
Nombre d'années de scolarité	0,14	3,02**	0,14	0,01**

Attachement (EPS sous-échelle)	- 0,13	- 3,03**	0,15	0,01**
Situation maritale	- 0,16	- 3,69***	0,16	0,02**
Diversité des activités intellectuelles	0,12	2,59*	0,17	0,01*
Âge	0,10	2,09*	0,17	0,01*

Composante troubles cognitifs auto-perçus	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Détresse psychologique antérieure	0,32	7,87***	0,12	0,12***
Limitation des activités par incapacité	- 0,12	- 2,80**	0,13	0,01**

Composante somatisation	β ajustés	t(sign)	R^2 cumulés	R^2
Somme des empêchements pour maladie	0,26	6,34***	0,24	0,24***
Détresse psychologique antérieure	0,35	9,60***	0,35	0,11***
Limitation des activités par incapacité	- 0,13	- 3,16**	0,37	0,02***
Âge	0,08	2,13*	0,38	0,01**
Sexe	- 0,10	- 2,74**	0,38	0,01*
Diversité des activités intellectuelles	- 0,10	- 2,60*	0,40	0,01*

* $p = < 0.05$; ** $p = < 0.01$, *** $p = < 0.001$

$F < 0.05$ pour entrer dans la régression pas à pas